

**FOR OFFICE USE ONLY**

Date Rec'd _____

Staff Initial _____

UID # _____

YMCA DEL CONDADO DE FRANKLIN

SOLICITUD DE BECA COMUNITARIA

La YMCA del condado de Franklin no negará la participación en ninguna de nuestras actividades debido a la falta de fondos de una persona. Nuestra beca comunitaria se otorga en función de los ingresos y la necesidad. Complete ambos lados de esta solicitud. Aplicaciones voluntad ser procesado y aprobado o denegado dentro 10 negocios días. Tú seras contactado por escrito por la YMCA con su otorgar cantidad. Toda información es confidencial.

Traiga la solicitud completa y firmada junto con toda la documentación necesaria para su procesamiento.

ESTOY SOLICITANDO: marque todo lo que corresponda

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ Jóvenes (12 & debajo) | ☐ Adolescente (13-18) | ☐ Joven Adulto (19-24) | ☐ Familia (1 adulto & dependientes arriba a edad 21) |
| ☐ Adulto (25-64) | ☐ Sénior (65+) | ☐ Adulto Pareja | ☐ Familia (2 adultos & dependientes arriba a edad 21) |
| ☐ Y Academia (preescolar) | ☐ Escuela Edad Cuidado de niños | | ☐ Verano Campamento |
| ☐ Equipo de gimnasia Tumbling Tigers / Pre-equipos | | | |

YMCA Comunidad Beca es solo aplicable para a máximo de dos adultos. Adicional adultos viviendo en el familiar voluntad ser sujeto a una tarifa mensual adicional de \$20.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Primario Adulto: _____ Fecha de nacimiento: _____

DIRECCIÓN: _____ Ciudad: _____

Estado y código postal Código: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ ☐ Nuevo Miembro ☐ Regresando ☐ Renovación

Adicional Adulto: _____ Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

De niño Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

De niño Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

De niño Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿ Cuántos adultos viven en el? ¿casa? _____ ¿Cuántos hijos ? _____

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SOLICITUD: documentación de

- ☐ Comprobante de ingresos de los últimos 30 días
- Consecutivo Pagar Talones para cada salario ganador O a carta de empleo especificando bruto salario, firmado y anticuado por el empleador en la empresa membrete;
- Declaración de desempleo, Declaración de jubilación/pensión, Carta de la Administración del Seguro Social, Declaración de TANF (TAFDC) (incluida QUEBRAR beneficio declaración), Alentar Cuidado Filial Carta, Niño Apoyo, Pensión alimenticia
- Cualquier otro adicional ingreso

☐ Declaración de impuestos federales 1040 (no W2) O formulario de no presentación O Anexo C, Ganancias y pérdidas, si es autónomo.

☐ Solicitud firmada y completa.

Si tiene más preguntas sobre la documentación requerida, comuníquese con Wanda Pyfrom a wpyfrom@your-y.org o al 413-773-3646 ext 434

Continuar
hacia atrás

PRUEBA DE INGRESOS DEL HOGAR*

Indique el monto total de los ingresos actuales del hogar para todos fuentes que incluyen salarios de todos adultos (18 años o más); Talones de pago consecutivos para cada asalariado O una carta de empleo que especifique el salario bruto, firmada y fechada por el empleador en papel membretado de la empresa; Declaración de desempleo; Declaración de jubilación/pensión; Carta de la Administración del Seguro Social; Declaración de TANF (TAFDC) (incluida la declaración de beneficios de SNAP); Carta subsidiaria de cuidado de crianza; Manutención de menores; Pensión alimenticia; Cualquier otro ingreso adicional. Adjunte copias de todos los documentos de respaldo o cartas de adjudicación. **Enumere la(s) fuente(s) de ingreso BRUTO e indique si el monto es semanal, quincenal o mensual.**

Fuente: _____ \$ _____ por _____

Fuente: _____ \$ _____ por _____

Fuente: _____ \$ _____ por _____

Fuente: _____ \$ _____ por _____

Total MENSUAL familiar Ingresos \$ _____
*ingreso bruto, no neto

¿ Hay miembros adultos (mayores de 18 años) en el hogar que **NO aportan** ingresos a su hogar? ☐ SI ☐ NO Si Sí, por favor lista nombre(s) y tener a ellos firmar abajo:

Nombre: _____ Firma: _____

Nombre: _____ Firma: _____

Nombre: _____ Firma: _____

Acepto notificar a la YMCA si hay cambios en esta información que puedan afectar mi beca.

DEVUELVA ESTA SOLICITUD COMPLETA Y TODOS LOS DOCUMENTOS A:

Wanda Pyfrom, Membership Dept.
451 Main Street, Greenfield MA 01301
wpyfrom@your-y.org | 413 773 3646 x434

Por la presente certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, precisa y completa a mi leal saber y entender y que no hay ninguna tergiversación por omisión. Si se descubre que la información proporcionada era inexacta, comprendo que mi asistencia se cancelará por un período de 12 meses. Acepto notificar a la YMCA por escrito sobre cualquier cambio en la información proporcionada en este documento que pueda afectar mi elegibilidad para recibir asistencia. Además, comprendo que esta solicitud no constituye una aceptación por parte de la YMCA y que se me notificará si mi solicitud de asistencia ha sido aprobada.

Firma

Fecha de la firma

Fecha _____ Inicial del personal _____ UID # _____

Fondos para el YMCA Comunidad Beca tener estado hecho disponible a través de el generoso Contribuciones de simpatizantes A través de la Y's Anual Campaña, Niños en campamento Golf Torneo, y el Unido Forma de Franklin Condado. Asistencia para alguno programas, clases y campamentos puede ser limitado.